

370

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Juin 1904, à 1 heure.

PAR

Henri NAVEAU

Ancien interne des Hôpitaux d'Angers
Lauréat des Hospices d'Angers.

DES

Résultats fonctionnels défectueux

DE

Certaines gastro-entérostomies

ET DES

moyens d'y remédier

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { M. PINARD, professeur.
 { MM. BROCA (Aug.), MAUCLAIRE, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	}	TILLAUX.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BERGER.
Clinique d'accouchements.....	}	DE LAPERSONNE
		GUYON.
Clinique gynécologique.....		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BESANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFEL (chef
DUPRE	LEGREY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

A MA SŒUR

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*Souvenir d'excellentes relations et d'heureuses années passées
ensemble.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

Expression de sincères sentiments de reconnaissance pour
leurs savantes leçons, leurs conseils éclairés et leur bien-
veillante sympathie

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Respectueux hommage.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux.
Président de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES
RÉSULTATS FONCTIONNELS DÉFECTUEUX

de certaines Gastro-entérostomies

ET DES
Moyens d'y remédier

INTRODUCTION

Lorsque Wœlfli^{er} fit, le 28 septembre 1881, la première gastro-entérostomie, pour un cancer inopérable du pylore, le malade guérit de l'opération: c'était un réel succès, car on ne pouvait espérer davantage. Quelques jours plus tard, Billroth pratiquait la même opération, mais, moins heureux que son élève, il voyait son malade succomber au bout de dix jours à la suite de vomissements bilieux intenses et incoercibles. Lauenstein, Kocher, Courvoisier, Ransohoff, perdent de même leurs opérés; et on arrive en 1886 à une mortalité de 66.6 pour 100, statistique faite par Saltzmann qui réunit à cette époque tous les faits publiés.

En 1887, la question change d'aspect avec le mémoire de Rockwitz qui publie dix gastro-entérostomies faites par son maître Lücke, toutes suivies de guérison, sauf, au quatorzième jour, un cas de mort due à l'inanition compliquée de pneumonie.

Depuis cette époque, les opérations se sont multipliées, constituant l'une des plus brillantes conquêtes de la chirurgie. Les indications opératoires dans les affections de l'estomac se sont étendues aux lésions bénignes : nous n'en sommes plus au temps où le chirurgien n'avait à soigner que des cancéreux moribonds. Les indications de la gastro-entérostomie semblent, à l'heure actuelle, nettement définies, et, de jour en jour, elles apparaissent plus nombreuses et plus précises. Les résultats, si malheureux du début, se sont améliorés d'une façon telle qu'il n'est pas aujourd'hui un médecin qui conteste la valeur de cette opération, et sa bénignité : les chirurgiens, ayant un peu d'expérience de son manuel opératoire, arrivent aujourd'hui à supprimer les morts par faute de technique.

Au point de vue fonctionnel, les résultats de la gastro-entérostomie envisagés d'une manière générale, sont très encourageants : ce qui frappe le plus, c'est la disparition, ou tout au moins l'atténuation considérable des troubles subjectifs. C'est, du moins, ce que nous avons presque invariablement constaté chez les nombreux opérés de la clinique chirurgicale de M. le professeur Monprofit.

Il nous a été cependant donné d'observer, pendant

nos années d'études, quelques malades qui, les uns immédiatement après l'opération, les autres quelques mois plus tard, se plaignaient de troubles gastro-intestinaux, douleurs gastriques, éructations, diarrhée, quelques-uns même de vomissements. Nous avons vu alors M. le professeur Monprofit améliorer par différents moyens l'état de ces malades, et nous avons eu la bonne fortune de lui voir appliquer, dans cinq cas, deux procédés qui lui sont personnels.

Cela nous a donné l'idée de rechercher à la fois quelles étaient les causes de ces mauvais résultats fonctionnels et quelles améliorations on pouvait y apporter.

Dans un premier chapitre nous passerons rapidement en revue ces résultats imparfaits et leurs causes ; en second lieu nous tâcherons de préciser leur pathogénie ; la troisième partie sera réservée à l'étude des moyens de remédier à ces accidents ; subdivisant ce chapitre en deux parties, nous consacrerons la première à l'étude des procédés employés par divers chirurgiens, réservant la seconde à l'exposé de la technique personnelle suivi par M. le professeur Monprofit dans cinq cas dont nous publierons les observations. De l'ensemble de ce travail découleront nos conclusions.

Cette thèse nous a été inspirée par notre excellent maître, M. le professeur Monprofit ; qu'il veuille bien nous permettre de lui exprimer ici notre bien sincère reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il nous a procuré les documents nécessaires à son

entreprise, et pour la bienveillante sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner dans le courant de nos études médicales.

Que M. le professeur Tillaux, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, daigne agréer l'expression de notre profonde gratitude.

CHAPITRE I

Résultats fonctionnels défectueux de certaines gastro-entérostomies.

Leurs causes.

Des complications assez nombreuses et souvent graves peuvent frapper de bien des façons et dans n'importe quel point de l'organisme un opéré de gastro-entérostomie ; leur étude ne rentre pas dans notre sujet. Nous ne nous occuperons que des troubles gastro-intestinaux qui peuvent venir parfois aggraver très sérieusement l'état du malade.

Quels sont donc ces accidents ?

Ils sont de deux sortes ;

1° La diarrhée ;

2° Les troubles gastriques, qui se manifestent, tantôt sous la forme de douleurs plus ou moins violentes, d'éruclations amères survenant en général deux ou trois heures après les repas, tantôt sous la forme de vomissements alimentaires et bilieux, se répétant plusieurs jours et pouvant même reparaître après avoir cessé pendant plusieurs mois.

Connaitre les causes de ces accidents, c'est déjà savoir dans quelle voie on dirigera le traitement. Cherchons donc d'abord ces causes.

Diarrhée. — Elle doit être considérée comme une des graves complications de la gastro-entérostomie ; et cependant à part Terrier, Hartmann, Letulle, Carle et Fantino, les auteurs ont peu insisté à ce sujet. Il faut cependant avoir l'attention attirée sur elle et ne pas laisser s'établir une diarrhée dangereuse, car elle peut persister et affaiblir le malade, au point d'avoir, dans quelques cas, amené la mort à brève échéance.

C'est un accident le plus souvent immédiat ; quelques jours peuvent se passer avant qu'il ne survienne, rarement, en tous cas, plus de quatre à six jours.

La cause de cette diarrhée est facile à déterminer quand on la voit s'établir après un purgatif, comme on peut le constater dans deux cas rapportés par M. Hartmann et dans une observation de M. le Professeur Monprofit.

OBSERVATION I (1900).

G. M..., 62 ans.

21 avril. — Gastro-entérostomie postérieure pour néoplasme de la petite courbure.

23 avril. — On donne un petit lavement purgatif à la suite duquel s'installe une diarrhée abondante jusqu'au quatrième jour.

14 mai. — La malade sort de l'hôpital. Rétablie.

Mais il n'est pas toujours aussi simple de préciser l'étiologie de cet accident : il survient la plupart du temps sans qu'on ait administré de purgatif au malade. Comment expliquer sa production ?

Dans certains cas, la diarrhée peut être due à la suppression du rôle de l'estomac par la création d'une porte trop grande ouverte à la partie déclive. Il y aurait diarrhée par incontinence du pylore ; les aliments seraient évacués dans l'intestin sans avoir subi les modifications du chimisme stomacal. Ces cas de diarrhée ont été observés chez les grands dilatés dont la tunique musculieuse gastrique est très altérée.

D'autre part, lors même que l'évacuation des aliments se ferait à la fin de la digestion, d'une façon rythmée, comme si elle était réglée par un pylore normal, il peut se faire que les matières arrivent trop abondamment dans un intestin privé depuis un certain temps d'aliments, et que celui-ci ne soit plus habitué à un travail devenu tout d'un coup excessif. Il semble que la diarrhée soit due à une irritation de la muqueuse intestinale après la diète prolongée qu'impose la sténose absolue du pylore, car ces diarrhées spontanées s'observent surtout chez les malades qui avaient la sténose la plus complète et qui étaient arrivés au degré d'amaigrissement le plus marqué.

Un cas de diarrhée mortelle chez une opérée du Dr Monprofit semble venir à l'appui de cette explication.

OBSERVATION II (1901).

D. M..., 62 ans, ménagère.

Malade depuis Pâques 1901. Elle vomissait tout ce qu'elle prenait. Constipation opiniâtre.

30 octobre 1901. — Gastro-entérostomie antérieure.

Néoplasme de la face postérieure de l'estomac.

Les quatre premiers jours, la malade va assez bien.

Le quatrième jour elle mange un peu de viande,

Le cinquième jour: Diarrhée très abondante, incoercible, jusqu'au dixième jour, où la malade meurt dans le marasme et l'adynamie.

Autopsie. — Négative.

M. Hartmann rapporte un cas dans lequel la diarrhée se produisit en l'absence de toute purgation, trois jours après l'opération, et faisait succomber le malade dans le collapsus.

M. Letulle a communiqué l'observation d'un malade, opéré par M. Tuffier, qui, guéri opératoirement, a succombé à la suite d'une diarrhée incoercible.

Carle et Fantino citent quatre cas de mort par marasme et diarrhée fétide qu'ils attribuent aux fermentations de stase gastrique.

Troubles gastriques. — Ils peuvent se manifester des jours, des semaines, et même des mois après l'intervention. Dans plusieurs observations, on peut

constater qu'un malade qui avait retiré immédiatement de l'opération tout le bénéfice possible, voit un jour les douleurs revenir, les vomissements reparaitre; de nouveau il est gêné par du pyrosis, des renvois amers, il se sent l'estomac ballonné. Que s'est-il passé ?

Les causes de la continuation ou du retour des phénomènes douloureux ou des vomissements après une gastro-entérostomie peuvent se résumer dans les anomalies fonctionnelles suivantes :

1° Les sucres duodénaux (bile et suc pancréatique) peuvent être déversés par le pylore dans l'estomac. C'est la régurgitation ;

2° Ces mêmes produits de sécrétion peuvent refluer dans l'estomac par la branche efférente de l'anastomose ;

3° Au lieu de se vider dans la branche afférente, l'estomac peut évacuer son contenu dans la branche afférente. A cette anomalie nous garderons le terme de *circulus viciosus* ;

4° Il peut se faire un déversement rétrograde de la branche efférente dans l'estomac ;

5° Enfin, une imperméabilité plus ou moins complète de l'orifice jéjunal a pu se produire.

Il est facile de comprendre qu'il y a dans ces cinq sortes d'anomalies suffisamment de quoi expliquer douleurs et vomissements. Mais par quels mécanismes sont créées ces anomalies ? Il importe de les connaître pour pouvoir en déduire les moyens propres à y remédier.

Avant d'aborder cette étude pathogénique, qui fera l'objet du chapitre suivant, il est nécessaire de dire un mot d'une sixième cause, dont on ne connaît pas la pathogénie, mais qui n'en est pas moins capable à elle seule de provoquer le retour des troubles dyspeptiques : nous voulons parler des prédispositions névropathiques. Nombreuses sont déjà les observations de ces malheureux nerveux qui, après avoir goûté à toutes les médications, épuisé la patience d'un certain nombre de médecins, sont venus — après quelles hésitations et quelles angoisses ! — se confier au chirurgien et mettre entre ses mains leur dernier espoir. Quelques-uns — les rares — ont trouvé, grâce à lui, la guérison de leurs troubles dyspeptiques. Les autres — et c'est le plus grand nombre — n'ont retiré de l'intervention aucun résultat appréciable ; quelquefois même ils deviennent de plus en plus malades si l'action suggestive, — la seule qui agisse lorsque les accidents dyspeptiques sont d'origine purement nerveuse — ne s'est pas produite ou maintenue. MM. Bourget et Roux nous dépeignent ces malheureux dans le plus lamentable état : « Trompé dans ses espérances, abandonné le plus souvent par le chirurgien qui n'aime pas à voir son travail inutile, le névropathe revient au médecin dans la plus triste des situations morales ; ou bien il s'abandonne à tous les empiriques et guérisseurs qu'il rencontre sur son chemin ; et si ceux-ci n'arrivent pas à le sortir de son marasme psychique, il finira bien souvent par demander au suicide la délivrance de tous ses maux ». Après un

tel tableau, concluons donc, avec la plupart des chirurgiens, à l'inutilité, sinon à la gravité, de la gastro-entérostomie chez les névropathes.

CHAPITRE II

Pathogénie des troubles gastriques.

Reprenant successivement les cinq sortes d'anomalies susceptibles de provoquer des troubles gastriques, nous allons maintenant tâcher de préciser par quels mécanismes chacune d'elles peut se produire.

1° *Régurgitation*. — La régurgitation est le retour de la bile et du suc pancréatique par le pilore dans l'estomac.

Longtemps on a exagéré l'importance de la présence de ces sucs dans l'estomac et actuellement encore les chirurgiens soutiennent à ce sujet les opinions les plus diverses.

Malbranc fait de la présence de la bile dans l'estomac une complication grave de la gastro-entérostomie.

Billroth, qui avait vu sa première malade mourir après avoir présenté des symptômes de reflux de bile, recommandait d'améliorer la technique opératoire pour éviter ce grave accident.

Weill prétend que la bile est un irritant de la muqueuse.

M. Hayem pense que, lorsque le reflux de la bile est assez abondant, celle-ci entretient une certaine excitation glandulaire et par suite une sensation de malaise et de digestion pénible.

M. Hartmann, au contraire, ne reconnaît pas une grande importance à ce reflux.

M. Soupault, à la suite d'expériences, arrive à la même conclusion.

Schlumsky déclare l'innocuité de la bile, mais démontre le rôle nuisible du suc pancréatique.

En résumé, il est possible que la présence de sucs duodénaux dans l'estomac ne soit pas aussi grave que beaucoup ont bien voulu le dire ; mais il n'en est pas moins certain que c'est là une circonstance désavantageuse et que, par conséquent, il est utile de savoir de quelles façons cela peut se produire.

Mickulicz a signalé un cas, décrit par Schlumsky, où le déplacement du jéjunum avait amené une suture au repli duodéno-jéjunal, et provoqué de cette manière un iléus du duodénum.

C'est là, en effet, la cause la plus importante de cette anomalie ; elle résulte de ce que l'anastomose a été pratiquée trop près de l'angle duodéno-jéjunal, qui peut dès lors devenir trop aigu.

On a encore signalé la régurgitation comme conséquence de la gastro-entérostomie antérieure suivant la méthode de Wœlfller ; l'écoulement des liquides serait gêné par la compression possible de l'anse anastomotique jéjunale prise entre l'estomac et la paroi abdominale.

Enfin, il faut aussi tenir compte de la disposition prise par la nouvelle anse duodéno-jéjunale, dans laquelle les sucs biliaire et pancréatique peuvent stagner ; on a observé, en effet, que les vomissements de bile, plus fréquents dès les premiers jours après l'intervention, alors que le malade est couché, cédaient par la position assise permanente.

2° *Reflux des sucs duodénaux par la branche afférente de l'anostomose.* — C'est une complication plus fréquente que la précédente et plus grave aussi. Les causes en sont assez variées.

Chez la malade de Billroth, qui mourut au dixième jour de vomissements bilieux répétés, l'autopsie montra au niveau de l'orifice, un éperon faisant une saillie telle qu'il fermait complètement le bout terminal de l'anse ; le bout afférent seul s'ouvrait largement dans l'estomac, si bien que la bile et le suc pancréatique étaient totalement déversés dans l'estomac qui ne pouvait se vider.

Lauenstein, Heidenreich, constatent eux aussi la formation d'un éperon dans des cas de gastro-entérostomie antérieure précolique.

Schlumsky signale la formation d'un éperon dans la paroi inférieure de l'anse anastomosée, à son point d'insertion ; les deux branches de l'anse étaient appliquées l'une contre l'autre, et l'éperon s'infléchissait vers la branche efférente.

On a rapporté un cas de gastro-entérostomie où l'anastomose n'étant pas entièrement recouverte de tissu muqueux, il s'était produit une sténose par-

tielle, par rétraction cicatricielle de la branche efférente, ce qui favorisait le reflux de la bile dans l'estomac.

Doyen signale la compression de la branche efférente par le côlon transverse comme cause de reflux.

Stendel rapporte un cas de Czerny dans lequel une bride cicatricielle du méso-côlon s'était formée quelques semaines après une gastro-entérostomie postérieure rétro-colique et étranglait la branche efférente (Procédé V. Hacker).

3° *Circulus viciosus*. — C'est une complication incompatible avec la vie ; elle est du reste assez rare.

Avec les Allemands, nous décrirons sous ce nom les cas où le contenu de l'estomac ne pouvant s'engager dans la branche efférente de l'anastomose se déverse dans le bout duodéal.

Nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer cette complication. Voici le tableau clinique qu'en trace M. Nové-Josserand.

Le soir même de l'opération tout va bien, et vers le deuxième ou le troisième jour on permet au malade une alimentation liquide et demi-solide bien tolérée. Le cinquième jour il veut se lever, demande de la viande, mais vers le septième ou huitième jour, tout à coup, le malade est pris de vomissements très abondants ; on pense à une indigestion, mais on remarque une très grande quantité de bile mêlée aux matières vomies.

Dès lors, l'évolution peut se faire de deux façons :
Ou bien, la crise se passe, le malade se remet peu

à peu, il recommence à manger ; puis subitement une nouvelle crise survient et l'occlusion est constituée.

Ou bien cette accalmie fait totalement défaut ; très vite les symptômes deviennent alarmants ; le malade tombe bientôt dans le collapsus et succombe.

M. Nové-Josserand attire tout particulièrement l'attention sur l'apparition tardive des accidents et sur les caractères des vomissements qui, par leur extrême abondance et par la présence d'une grande quantité de bile sont très significatifs. Il fait remarquer aussi l'évolution souvent très rapide qui oblige en pareil cas à ne jamais temporiser pour aller lever l'occlusion intestinale.

Pour lui, il faut rechercher la cause de cette complication dans une disposition anatomique défectueuse. Pour atteindre l'estomac, le jéjunum doit être relevé en haut, et si le mésentère est court, il peut exercer sur la bouche jéjunale une traction capable de la rendre moins perméable pour les matières, en coudant plus ou moins l'intestin à son niveau.

La brièveté du mésentère soit congénitale, soit qu'elle résulte du siège de l'anastomose trop près de l'angle duodéno-jéjunal, aurait donc un rôle important dans la pathogénie du *circulus viciosus*.

Contre cette hypothèse, on a rapporté des observations et, en particulier, un cas d'occlusion après gastro-entérostomie pratiquée par Roux de Lausanne, bien que le jéjunum très mobile ait pu être

refoulé très fortement en haut et à gauche, que l'anse jéjunale choisie eût un mésentère assez long et que l'anastomose fût située assez loin de l'angle duodéno-jéjunal. Il faut donc admettre, contrairement à l'opinion de M. Nové-Josserand, soutenue aussi par Chaput et Villard, que la brièveté du mésentère n'est pas la cause exclusive de ces accidents d'occlusion jéjunale.

Il peut arriver dans certains cas que les anses intestinales ne s'accommodent pas assez vite dans leur nouvelle position, et que les matières, refluant dans le bout supérieur de l'anse anastomosée, le dilatent à tel point qu'on a pu observer une occlusion mortelle par compression de la branche efférente (Obs. Nové-Josserand).

Il n'est pas douteux non plus que les chances d'occlusion varient avec les procédés opératoires employés. Wœfler avait remarqué que l'estomac se vidait mieux quand la branche efférente se trouvait dirigée dans le même sens que le pylore, quand le sens du péristaltisme était le même que celui de l'estomac. En dehors de cette condition, généralement admise, la gastro-entérostomie précolique prédispose au *circulus viciosus* par la formation d'un éperon au niveau de la bouche anastomotique (Obs. Lucke).

Doyen admet que les coutures brusques au niveau de l'anastomose sont dues à ce que le côlon et l'épiploon tendent par leur propre poids à abaisser l'anse jéjunale et à former ainsi un éperon.

Si c'est la gastro-entérostomie postérieure qui a été pratiquée, on ne peut plus invoquer ici les causes énumérées ci-dessus : de l'avis du docteur V. Hacker lui-même, dans la gastro-entérostomie rétro-colique, l'anse intermédiaire au pylore et à l'anastomose n'est pas trop longue, elle ne peut prendre la position coudée, l'orifice gastro-intestinal est déclive dans le décubitus, toutes les anses intestinales sont placées dans leur situation normale, enfin les contractions des deux organes se font dans le même sens. Pour expliquer alors la possibilité du *circulus viciosus*, il faut admettre l'étranglement interne d'une anse intestinale engagée à travers le méso-côlon perforé. On ne doit pas oublier non plus un des sérieux inconvénients de toutes les anastomoses latérales, antérieures ou postérieures, danger sur lequel M. le docteur Monprofit insiste tout particulièrement, à savoir que le contenu gastrique a deux voies dans lesquelles il peut s'engager : l'une en amont, l'autre en aval de l'abouchement.

Le *circulus viciosus* a servi encore d'argument aux adversaires du bouton de Murphy, car, en plus des nombreux accidents dus à l'emploi de cet instrument et signalés par Meyer, Albe, Kammerer, Breuner, Chaput, Murphy lui-même, et bien d'autres, on a pu observer quelques cas d'occlusion jéjunale provoquée par son arrêt dans la branche efférente de l'anastomose (Wiggins, Donald Willard).

Enfin, dans une observation de Francke on constate, après examen attentif de l'anastomose gastro-

intestinale, que les deux tuniques muqueuses étaient collées l'une au-dessus de l'autre et qu'elles avaient bouché l'ouverture. La production du *circulus viciosus* était due à ce que l'on n'avait pas suturé la muqueuse intestinale avec la séro-muscleuse.

4° *Déversement rétrograde* — Ce retour du contenu gastrique, de la branche efférente, où il s'était normalement engagé dans l'estomac, est une complication assez rare. Nous la trouvons signalée par Schlumsky, Tavel, qui en font un accident grave, s'accompagnant d'un reflux abondant de bile, souvent même de vomissements fécaloïdes ; de plus, le malade se plaindrait d'un goût fadasse, nauséabond de suc pancréatique. Pour ces chirurgiens, cette complication serait due à ce que l'anastomose aurait été trop largement pratiquée. En effet, dans l'anastomose latérale, l'accolement très étendu ouvrant entre l'estomac et l'intestin une trop large voie de communication ferait se confondre entre elles la cavité intestinale et la cavité stomacale et prédisposerait au déversement rétrograde.

M. le Dr Monprofit a rapporté au congrès de chirurgie, 1901, un cas dans lequel cet accident était dû à des adhérences de plusieurs anses, entre elles et à la paroi abdominale, au niveau des sutures. Il s'était ainsi formé un paquet intestinal constitué aux dépens de la portion moyenne du jéjunum : l'intestin fut libéré et le malade rapidement guéri.

5° *Imperméabilité de la bouche gastro-jéjunale*. — Elle peut être complète, et alors, dès que l'on essaie

d'alimenter le malade, les vomissements reparaissent et la mort survient en peu de temps avec tous les signes d'un étranglement interne siégeant à la partie supérieure de l'intestin grêle (Doyen) ; ou bien, elle n'est qu'incomplète, c'est-à-dire que l'estomac ne se vide qu'en partie, et dans ce cas, les phénomènes moins graves se bornent à des accidents de stase gastrique.

a. Imperméabilité complète. — Muntz, Carle, Fantino, Dunin, Guedj, prétendent que l'occlusion du nouveau pylore serait due à une sorte d'hypertrophie fonctionnelle portant surtout sur la tunique musculaire.

MM. Terrier et Hartmann ne partagent pas cette opinion, pas plus que Siégel, Soupault et Bourbon, qui n'ont jamais constaté d'hypertrophie musculaire autour du nouvel orifice. Pour Soupault et Hartmann l'épaississement de cet orifice tiendrait au tissu conjonctif.

Keen, Chaput, Albe, Bazy, incriminent l'emploi du bouton de Murphy comme capable de produire des anastomoses rétractiles pouvant se sténoser.

La cause la plus fréquente de l'imperméabilité de la bouche gastro-intestinale est l'envahissement néoplasique.

Dans quelques cas, on a pu constater que, la muqueuse ne recouvrant qu'incomplètement l'anastomose, il s'était produit une rétraction cicatricielle suivie de sténose. Il a suffi quelquefois que les dimensions premières données à l'orifice aient été insuffi-

santes pour que la simple rétraction cicatricielle ait amené l'occlusion complète.

Mickuliez a rapporté deux cas de morts dus à ce que, l'ouverture intestinale étant plus grande que l'ouverture stomacale, cette dernière s'était rétractée et avait formé une couronne de petits replis qui obturaient la branche efférente d'une façon si parfaite qu'il ne pouvait passer une goutte d'eau.

On a encore signalé, comme cause de l'occlusion du nouveau pylore, l'incision de l'estomac parallèle à son grand axe ; il serait possible alors que la contraction des fibres longitudinales diminuât tellement le calibre de l'orifice que celui-ci fût réduit à rien.

b. Imperméabilité incomplète. — Elle s'observe lorsque l'abouchement gastro-intestinal ne se trouve pas à la partie la plus déclive de l'estomac.

Il est nécessaire que l'anastomose soit pratiquée le plus près possible du pylore, car c'est vers celui-ci que les contractions péristaltiques de l'estomac dirigent le contenu de cet organe.

De plus, si l'on admet l'opinion de Doyen, qui ne reconnaît pour l'évacuation de l'estomac, qu'une loi, celle de la pesanteur, on ne sera pas étonné de constater que certains procédés de gastro-entérostomie favorisent la stase gastrique. Ainsi dans le procédé de Wæffler, l'estomac ne peut se vider que par regorgement et d'une façon incomplète.

A côté de ces deux importantes causes de rétention stomacale incomplète — anastomose trop éloignée du pylore et abouchement non pratiqué à la partie

la plus déclive — il faut noter une condition qui peut venir accentuer cette complication. MM. Debove et Soupault ont relaté des cas assez nombreux de persistance de stase, alors que la bouche anastomotique avait été faite, pour ainsi dire, au lieu d'élection ; et d'autre part, ces mêmes auteurs ont signalé des cas où l'anastomose n'avait pas été faite à la partie déclive et dans lesquels, cependant, les symptômes de stase avaient disparu. Ils ont remarqué que ces résultats en apparence contradictoires, tenaient à ce que les estomacs des premiers étaient depuis trop longtemps distendus et incapables de retrouver leur élasticité, ni leur tonicité, tandis que, dans les seconds l'intervention avait été pratiquée avant que la structure et la motricité gastriques fussent trop profondément atteintes. Hartmann a montré que la gastro-entérostomie donne des résultats d'autant plus complets que l'on opère plus tôt, c'est-à-dire à une époque où les glandes gastriques et la tunique musculaire de l'estomac ne sont pas encore trop altérées dans leur constitution anatomique.



CHAPITRE III

Traitement.

Nous sommes en présence d'un opéré de gastro-entérostomie qui se plaint à nous de souffrir d'un ou de plusieurs des troubles digestifs que nous avons étudiés. Le médecin n'a-t-il plus que de bonnes paroles à lui dire, l'opération a-t-elle été le dernier recours, ou, au contraire, avons-nous à notre disposition des moyens de remédier à ces résultats imparfaits? Eh bien, oui, ces moyens thérapeutiques existent; ils sont même heureusement assez nombreux, et diffèrent suivant qu'on aura à combattre l'un ou l'autre des accidents gastro-intestinaux et selon que ceux-ci seront engendrés par telle ou telle cause.

C'est l'étude de ces diverses méthodes d'amélioration qui fera l'objet de ce chapitre et, pour la faciliter, nous la diviserons en deux parties : dans la première, nous passerons en revue les traitements proposés et employés par plusieurs auteurs; dans la seconde, nous étudierons les deux procédés personnels à notre maître, M. le D^r Monprofit.

I. — *Traitements employés par divers auteurs.*

Ils sont de deux ordres :

A. — *Les uns sont d'ordre médical :*

1° Régime alimentaire ;

2° Médicaments ;

3° Lavage de l'estomac.

B. — *Les autres relèvent de la chirurgie :*

1° Entéro-anastomose.

2° Opérations plastiques.

A. — *Moyens médicaux.*

1° *Régime alimentaire.* — La plupart des chirurgiens craignaient autrefois d'alimenter trop tôt et trop abondamment leurs opérés de gastro-entérostomie ; aujourd'hui, grâce aux démonstrations théoriques et cliniques de Roux (de Lausanne), les anciennes précautions gastronomiques sont à peu près oubliées de tous, et tous disent se bien trouver de l'alimentation suffisante et précoce. Il existe cependant une catégorie de malades chez lesquels les accidents digestifs consécutifs à la gastro-entérostomie reconnaissent pour principale cause l'alimentation trop abondante et trop fantaisiste : ce sont les malades atteints depuis longtemps d'une sténose pylorique presque absolue. Chez eux, en effet, l'intestin, pendant un temps plus ou moins long, n'a reçu qu'une bouillie alimentaire anormale ; bien souvent, le pylore n'a laissé passer qu'un liquide très acide, et nous pouvons admettre que la muqueuse intestinale ait souffert de cet état de choses. C'est chez ces malades que le régime alimentaire sera le meilleur remède à apporter aux troubles gastro-intestinaux, et nous ne pou-

vons mieux faire que de suivre, à ce sujet, les conseils de MM. Bourget et Roux.

En général, disent ces auteurs, dans les quatre ou cinq premiers jours après l'opération, nous recommandons une nourriture liquide : bouillon, soupe d'avoine, lait, etc... Comme ce n'est pas encore la période de réfection, nous pouvons très bien laisser le malade à la petite ration ; mais lorsque son appétit se réveille nous passons à une nourriture plus solide en augmentant d'abord la consistance des soupes d'avoine, de tapioca, de semoule, etc., auxquelles nous ajoutons des peptones en fortes proportions. Puis nous employons le riz au lait préparé de la façon suivante : 50 grammes de riz et un litre de lait sont cuits ensemble et évaporés jusqu'à consistance d'une bouillie très épaisse, soit au bain de vapeur, soit à très petit feu nu, ce qui demande, pour être bien fait, plusieurs heures d'évaporation. On obtient ainsi un lait condensé, sur du riz, dont la valeur nutritive calculée en calories, équivaut, à poids égal, à celle de la viande de veau. Le malade mangera cette pâtée soit avec du sucre, ou même des gelées de fruits, soit avec du sel, suivant ses goûts. Il aura ainsi, dans les proportions les plus physiologiques, puisque ce sont celles du lait, et sous un petit volume, des albumines, des graisses et des hydrates de carbone.

Nous allons ainsi jusqu'au huitième ou neuvième jour ; à ce moment-là, si tout a marché normalement le malade aspire à une nourriture plus variée. Il est

rassasié des soupes et des bouillies, et nous pouvons, sans arrière-pensée, lui servir une nourriture plus réjouissante à la vue et au goût. Il prendra par exemple, pour le premier déjeuner, du thé au lait, du pain, du beurre et des compotes de fruits ; au repas de midi, les albumines seront représentées, d'abord par les œufs, poisson, poulet, veau, jambon maigre, plus tard le mouton et le bœuf. Les hydrates de carbone le seront par le riz, le macaroni, les pâtes en général, le pain, puis les pommes de terre en purée (au lait ou à la crème) ; plus tard, les légumes verts et les fruits.

Comme boisson, un verre d'eau chaude sucrée additionnée d'un peu de suc de citron ou une tasse de thé très léger.

Vers quatre ou cinq heures de l'après-midi, on donnera une tasse de thé au lait avec des biscuits secs et des fruits cuits.

Au repas du soir, des œufs, des potages, des puddings de riz ou de semoule, ou des fruits cuits.

Comme on le voit, ce régime est recommandé par MM. Bourget et Roux comme traitement préventif d'accidents gastro-intestinaux possibles. Il peut être de même appliqué comme moyen curatif lorsque ces accidents sont survenus.

Sous l'influence de cette alimentation, l'absorption intestinale est très améliorée, l'intestin lui-même fonctionne mieux, les selles sont plus consistantes, plus régulières. Au microscope, les particules non digérées diminuent de jour en jour, et on peut s'en

rendre compte en suivant attentivement la digestion progressive des légumes verts, dont les vaisseaux spiroïdaux ou autres apparaissent très bien isolés, lorsque la digestion intestinale est redevenue normale.

C'est surtout lorsqu'on verra s'établir la diarrhée qu'on se trouvera bien de mettre le malade à ce régime. Suffira-t-il toujours, ou bien doit-on l'aider en administrant des médicaments ?

2° *Médicaments.* — En principe, les médicaments dits stomachiques sont le plus souvent inutiles. L'action favorable de l'acide chlorhydrique et de la pepsine est des plus problématiques. Il sera préférable de soulager l'intestin dans son travail de neutralisation des sucs venant de l'estomac, travail devenu d'autant plus difficile que la muqueuse a souffert plus longtemps du passage de sucs gastriques atypiques. On emploiera pour cela le bicarbonate de soude, qui se chargera de diminuer l'acidité générale, le phosphate de soude qui a la propriété d'activer le pouvoir digestif du suc pancréatique et le sulfate de soude pour lubrifier les parois intestinales. Voici la formule que préconisent MM. Bourget et Roux :

Bicarbonate de soude chimiquement pur,	10 gram.
Phosphate de soude.	4 —
Sulfate de soude.	4 —
Eau ordinaire.	1 litre.

Faire prendre cette solution entre les repas, au moment du déclin de la digestion stomacale, c'est-

à-dire deux heures après le premier déjeuner, ou trois heures après le repas de midi et du soir.

La dose varie avec l'acidité du suc gastrique. On peut admettre la dose de 100 grammes comme une moyenne.

MM. Terrier et Hartmann, dès la première menace de diarrhée, diminuent la quantité des liquides ingérés et donnent à leurs malades du laudanum à prendre par la bouche.

Il est inutile d'insister longtemps sur le traitement médicamenteux ; il vaut mieux, si les essais d'amélioration ont été infructueux, et s'il y a des indications plus précises, recourir à un troisième mode de traitement, le lavage de l'estomac.

3^o *Lavage de l'estomac.* — Cette petite opération, essentiellement simple, donne d'excellents résultats lorsqu'on constate de légers phénomènes de putréfaction stomacale qui se traduisent au thermomètre par un peu d'élévation de température, et chez le malade par de la sécheresse de la bouche, une langue sale et collante, une haleine fétide, des renvois d'odeur infecte. Il suffit de pratiquer dans ce cas le lavage de l'estomac pour voir tous ces symptômes cesser presque immédiatement.

De même, quand la diarrhée est produite par l'arrivée dans l'intestin de ces produits gastriques putrides, voyons-nous ce traitement agir d'une façon sûre et rapide en débarrassant l'estomac de son contenu dangereux.

Terrier et Hartmann n'hésitent pas à faire ce lavage

dès le lendemain de l'opération, quand l'opéré a la langue un peu sèche. Hahn emploie fréquemment ce même moyen et constate son efficacité.

Quant aux liquides employés pour laver l'estomac, ils varient avec les auteurs. Billroth emploie l'eau tiède; Rydygier, une solution salicylée à 1/1000, Ratimoff, à 2/1000, Kocher à 3/1000; Novaro préfère une solution de bicarbonate de soude, Jaboulay de l'eau simplement bouillie. A la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Angers, le Dr Monprofit se sert d'eau de Vichy. Nous ne croyons pas du reste que le liquide choisi ait importance capitale, ces lavages agissant surtout comme moyens évacuateurs de produits nuisibles.

B. — *Moyens chirurgicaux.*

Il est bien évident que les traitements médicaux que nous venons d'énumérer, s'ils sont suffisants dans certains cas, ne peuvent pas combattre des accidents tels que le *circulus viciosus*, ou l'imperméabilité de l'anastomose gastro-jéjunale. Il va falloir de nouveau faire appel à la chirurgie et nous allons pouvoir constater que ses ressources ne sont pas encore épuisées.

1^o *Entéro-anastomose.* — Cette opération a été faite dans quelques cas, comme complément d'une gastro-entérostomie. C'est Lauenstein qui eut le premier l'idée, pour assurer l'évacuation du bout duo-

dénal, d'anastomoser à l'anse efférente une autre anse jéjunale.

Le plus souvent, cette entéro-anastomose n'a été pratiquée que dans un deuxième temps, lorsqu'il survenait des accidents de reflux bilieux ou alimentaires. C'est ce qu'ont fait avec succès Bungner, Hahn, Hartmann, Czerny. Chez un de ses malades présentant des vomissements persistants, Ricard est ainsi intervenu au vingt-deuxième jour, et cette deuxième intervention tardive a donné un excellent résultat. Mickulicz pour son seul compte a été obligé de faire cette opération sur 74 cas.

Nous avons vu en 1900 M. le professeur Monprofit guérir, par une entéro-anastomose complémentaire, une malade qui avait vu reparaitre douleurs et vomissements après une gastro-entérostomie pratiquée antérieurement.

Voici l'observation :

OBSERVATION III

Mme T..., ménagère, à Pruillé (Maine-et-Loire), 49 ans, se présente le 1^{er} décembre 1898 à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à noter. Père et mère morts très vieux à la suite d'affections pulmonaires.

Antécédents personnels. — Réglée à 10 ans, Première grossesse à 17 ans (crises d'éclampsie) ; seconde grossesse à 26 ans ; deux fausses-couches : l'une à 30 ans, l'autre à 34 ans. A 40 ans la malade subit l'ablation d'un polype utérin, Ménopause à 44 ans.

A 47 ans, les métrorrhagies que lui causaient le polype reparaissent, mais très irrégulières dans leurs manifestations et très peu abondantes. Ces hémorrhagies utérines ont duré un an environ puis ont disparu tout à fait. Ces pertes étaient si douloureuses, provoquaient des coliques si violentes, que la malade était obligée de les calmer par des piqûres de morphine.

Il y a deux ans, elle reçoit un choc au niveau du bord inférieur des fausses côtes droites, et depuis, elle éprouve au point contus, situé dans la région pylorique, une douleur continuelle qu'elle attribue au traumatisme. Depuis six mois, cette douleur qui, au début, était très peu intense, mais sourde, profuse, devient extrêmement vive. Trois semaines avant son entrée à l'hôtel-Dieu, la malade aurait eu une colique hépatique, accompagnée de vomissements bilieux et alimentaires. Cette crise aurait duré deux jours environ.

Enfin le 25 novembre 1898, la malade tombe sur le ventre et une hématomèse assez considérable suit cette chute.

La malade entre à l'hôpital le 1^{er} décembre 1898. Nous l'observons pendant plusieurs jours et voici les symptômes qu'elle nous présente.

Les voies digestives supérieures nous paraissent en bon état ; rien d'anormal dans la bouche, mais l'estomac semble beaucoup plus atteint. Dès que la malade a pris le moindre aliment, elle vomit aussitôt après. Ces vomissements, souvent très abondants, constants après tous les repas, surviennent une 1/2 heure ou 1 heure après l'ingestion des aliments alors que ceux-ci n'ont subi aucune modification. Ils sont mêlés à un liquide filant et acide. La diète absolue calme un peu ces vomissements.

Un second symptôme se manifeste quelques jours plus tard ; la malade vomit du sang. Ces hématomèses, qui se présentent

à toute heure de la journée, semblent cependant être éveillées par les aliments. Le sang vomi est tantôt noirâtre, en caillots, tantôt rutilant. Sa quantité est variable; quelquefois elle se borne à quelques filets rougeâtres mêlés aux matières alimentaires; d'autres fois, elle dépasse 200 et 300 grammes. Le moment de ces hématomèses est variable; tantôt elles surviennent le matin, tantôt pendant la nuit. Ces vomissements sanguins se sont reproduits tous les jours pendant douze jours.

Enfin, une douleur atroce limitée au creux épigastrique et s'irradiant dans le dos accompagne ces vomissements; la malade est sans cesse courbée, cherchant les positions les plus favorables, pressant sur la région épigastrique pour calmer la douleur.

Cet état, qui a beaucoup affaibli la malade, persiste malgré la diète absolue, les injections de sérum, les lavements nutritifs. La face est pâle, décolorée; les yeux excavés, les lèvres et les conjonctives ont perdu leur teinte rosée. La malade est obligée de garder l'immobilité, la moindre marche lui causant des éblouissements, des bourdonnements d'oreille.

L'examen de l'estomac donne peu de renseignements utiles. La palpation de la face antérieure n'est pas douloureuse; aucun point ne présente une sensibilité spéciale; la région pylorique est examinée avec le plus grand soin, il est impossible de constater la présence d'une tumeur quelconque. La percussion nous dénote la forme et l'étendue de l'organe: nous ne constatons rien d'anormal. L'insufflation n'a pas été pratiquée, par crainte de causer une hémorrhagie grave en distendant les parois de l'estomac.

Après avoir examiné à diverses reprises notre malade, nous avons posé le diagnostic d'ulcère hémorrhagique de l'estomac

avec syndrome pylorique, écartant d'une façon absolue celui de néoplasme du pylore à cause de l'évolution spéciale de la maladie, à cause des hématomésos assez caractéristiques que nous avons observées, à cause de la douleur très intense, térébrante et bien localisée dont se plaignait sans cesse Mme T... Enfin, l'état général était celui d'une jeune anémiée, non pas celui d'une cachectique.

Aussitôt notre diagnostic établi, la malade fut mise au repos complet et à la diète presque absolue. Elle prit seulement à l'intérieur un peu de glace pilée. Elle fut nourrie avec du sérum et des lavements alimentaires. Ce traitement fut suivi rigoureusement pendant huit jours. Aucune amélioration ne se fit sentir.

Les hématomésos continuèrent toujours avec la même intensité, la douleur ne diminua point d'acuité et l'état général de la malade devint tout à fait alarmant.

L'échec du traitement médical étant complet on proposa l'intervention chirurgicale à la malade. L'opération fut décidée pour le 24 décembre 1898.

Première opération. — La malade a été brossée, savonnée, préparée pour la laparotomie.

Chloroforme. Dès que la résolution musculaire est obtenue, le chirurgien peut déprimer profondément la paroi abdominale en avant de l'estomac sans trouver la moindre masse, le plus petit noyau induré.

Aussitôt ce dernier examen terminé, une incision verticale est faite sur la ligne médiane entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, longue de 8 centimètres environ. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le plan musculo-aponévrotique sont sectionnés successivement; le péritoine est ouvert largement; la

face antérieure de l'estomac est à découvert. Le chirurgien explore l'organe, constate qu'il n'est pas très dilaté, que les parois sont souples et dépourvues d'adhérences. Le pylore est mobile et présente sur la face antérieure, plus près de son bord inférieur que de son bord supérieur, une petite plaque arrondie, dure, large comme une pièce de cinquante centimes, moins lisse que les parties voisines. Ce point induré représente la surface péritonéale de l'ulcère.

Le diagnostic étant nettement contrôlé, le professeur Monprofit commence la gastro-entérostomie par le procédé de Von Hacker. L'épiploon et le côlon transverse sont relevés, rejetés sur la face antérieure de l'estomac ; une boutonnière est faite à travers le méso-côlon transverse, la face postérieure de l'estomac est attirée à travers cette boutonnière et anastomosée, par quatre plans de suture en surjet à la soie fine, à l'anse jéjunale (un surjet séro-musculaire et un surjet muqueux postérieur, un surjet séro-musculaire et un surjet muqueux antérieur).

La paroi abdominale est fermée par deux plans de suture ; l'un péritonéal à la soie fine, et l'autre comprenant la peau et le plan musculo-aponévrotique avec de la grosse soie. Quelques crins de Florence sont placés superficiellement entre les soies, pour coapter la peau.

Pansement iodoformé.

L'opération a duré 50 minutes.

Suites opératoires. — Premier jour. Sérum 1 litre en injection sous-cutanée. Vin blanc 150 grammes. Café 150 grammes. La malade est très bien remise du shock opératoire. Son pouls est très régulier, encore un peu rapide (100 pulsations). La température est 37°,5 le soir.

Deuxième jour. — Café 150. Rhum 30. Bouillon Deux

œufs avec 40 grammes de pain. Vin rouge 150. Vin blanc 150. L'état général devient meilleur : le pouls a diminué de fréquence (80 pulsations). La température est tombée à 37°.

Troisième jour. — Café, rhum, vin blanc, œufs et bouillon, comme les jours précédents et de plus un bifeck.

Quatrième, cinquième, sixième et septième jours. Même régime.

Huitième jour. — Deux bifecks, deux œufs et 200 grammes de pain, etc.

Le lendemain, la malade est mise au régime ordinaire de la salle. Elle semble complètement guérie : la douleur horrible dont elle était sans cesse tourmentée a complètement disparu ; la malade mange d'un fort bon appétit sans être incommodée par la plus légère pesanteur stomacale. Les vomissements et les hématémèses sont subitement arrêtés. Enfin l'état général se relève de jour en jour ; son facies devient excellent.

Quinzième jour. — Les fils sont enlevés.

Vingtième jour. — La malade sort de l'hôpital, ayant pu commencer à travailler sans fatigue.

Novembre 1900. — La malade revient à cette époque consulter à nouveau le Dr Monprofit : elle se plaint de quelque gêne de la digestion, gêne ne présentant aucunement les caractères des douleurs accusées avant l'opération ; par moments, elle est prise de perte complète d'appétit, de renvois amers et parfois de vomissements bilieux. Ces symptômes qui se sont manifestés, d'abord à de rares intervalles, deviennent de plus en plus rapprochés. Pensant alors à un mauvais fonctionnement de l'anastomose, on propose à la malade une seconde intervention.

Deuxième opération. — 1^{er} décembre 1900. — Entéro-anastomose jéuno-jéjunale.

La bouche gastro-jéjunale semblait absolument normale. Pendant le cours de l'intervention, le chirurgien aperçut des mouvements qui paraissaient dus à la présence de corps étrangers dans le tube digestif. L'anse grêle fut sectionnée, et on put retirer deux lombrics faisant saillie au niveau de la section.

Suites opératoires. — Elles furent très bonnes, exemptes de toute complication.

Depuis ce temps, la malade a été revue plusieurs fois : elle n'accuse plus que de légers malaises, mais elle mange maintenant avec un appétit régulier, les douleurs ont complètement cessé et les vomissements n'ont plus reparu.

2° *Opérations plastiques.* — Dans ce genre d'intervention on s'adresse au nouveau pylore lui-même. On ne connaît actuellement que le cas de Czerny.

Ce chirurgien, intervenant pour un éperon consécutif à une gastro-entérostomie, sectionne verticalement et longitudinalement le pylore artificiel et le suture transversalement, faisant là une sorte de gastro-entéroplastie, ou plutôt de néopyloroplastie, tout à fait comparable à la pyloroplastie de Mickulicz.

Malheureusement, le résultat fut mauvais et Czerny dut intervenir à nouveau en agrandissant en quelque sorte la bouche anastomotique. Cet agrandissement fut obtenu par la résection d'une partie de l'anse descendante dans laquelle on tailla un coin.

Cette seconde opération semble avoir plus d'avenir.

II. — Procédés personnels employés par M. le Professeur Monprofit.

Les deux procédés que nous avons vus employés par notre maître dans cinq cas ne peuvent s'adresser qu'à des malades auxquels on a fait une gastro-entérostomie latérale. En effet, l'un comme l'autre consistent à transformer une gastro-entérostomie par abouchement latéral en gastro-entérostomie en Y.

Voici dans quelles circonstances M. le Dr Monprofit fut amené à pratiquer pour la première fois cette transformation.

Laissons-le lui-même raconter les faits.

OBSERVATION IV

Il s'agissait d'une jeune institutrice atteinte de troubles gastriques depuis de longues années, et contre lesquels toutes les médications avaient été employées. Cette jeune femme était considérée comme nerveuse par les uns, par d'autres comme une cancéreuse, et comme une malade ennuyeuse, par tous ! Je pensai qu'une gastro-entérostomie pourrait la soulager ; l'opération fut proposée et acceptée.

Je trouvai à la laparotomie un estomac légèrement dilaté et un pylore cicatriciel et induré. Je fis le diagnostic de sténose cicatricielle suite d'ulcère. Je pratiquai la gastro-entérostomie par le procédé de Von Hacker. Les premiers jours furent un peu pénibles ; il y eut quelques vomissements ; puis tout ren-

tra dans l'ordre ; les vomissements disparurent, l'alimentation fut reprise et la malade reprit du poids. Tout était donc pour le mieux et chacun était ravi.

Mais au bout de trois mois autre chanson ! Les vomissements reparurent peu à peu, non aussi fréquents qu'avant l'intervention, mais ennuyeux cependant ; ils étaient parfois nettement alimentaires, parfois bilieux et peu abondants ; ils n'empêchaient pas l'alimentation, cessant parfois pendant plusieurs jours, reparaissant ensuite avec les mêmes caractères. Malgré cela, la malade conservait à peu près l'augmentation de poids qu'elle avait d'abord constatée.

Cette pauvre dame m'écrivit ses ennuis et je lui conseillai de revenir me voir. Je constatai alors, au bout de quelques jours, qu'il y avait un retour bien net des aliments déjà partiellement digérés, et qu'il y avait un reflux de bile.

J'avais l'intention déjà éveillée sur des faits de ce genre et je pensai à transformer mon anastomose latérale en anastomose en Y.

Je dis donc à une malade qu'il faudrait, pour finir tous ces ennuis encore une autre opération. J'éprouvai naturellement une assez vive résistance. Le médecin de la malade, confrère très éclairé et très attentif, qui exerce dans un département voisin, m'écrivit pour m'éloigner de l'idée d'une autre intervention. Il vint même d'Angers voir avec moi sa malade, me disant que nous étions en présence d'accidents uniquement nerveux et qu'une nouvelle opération n'y ferait pas plus que la première.

Je persistai dans mon opinion que nous étions en présence d'accidents causés uniquement par un abouchement défectueux et qu'il fallait transformer le mode d'anastomose ; et j'eus cause gagnée, près de mon honorable confrère lui même, à qui

je montrai une bonne douzaine d'Y, qui étaient à une maison de santé et à une clinique, mangeant tous à qui mieux mieux, dès le deuxième ou troisième jour.

Je fis l'intervention suivante :

1° Laparotomie qui me permit de constater que la cavité abdominale était parfaitement normale ; épiploon libre, non adhérent.

2° Je relevai l'épiploon et le côlon, et j'arrivai sur l'anastomose qui était parfaitement nette. Nulle trace d'adhérences des anses qui étaient libres.

L'anse anastomosée à l'estomac était parallèle à la grande courbure, sans coudure aucune. Le volume des deux bouts afférent et efférent était sensiblement le même. Pas dilatation du bout afférent ; pas d'affaissement du bout efférent.

En apparence l'anastomose était absolument parfaite, et il ne semblait pas qu'une modification quelconque pût être utile.

Je continuai cependant et je procédai ainsi :

a) Je soulevai le bout supérieur et je plaçai une première pince à un centimètre environ au-dessus de l'abouchement ; une deuxième à 3 centimètres plus haut. Je sectionnai l'intestin entre les deux pinces.

b) Je sectionnai ensuite le mésentère assez profondément, 6 centimètres environ, afin de pouvoir abaisser le bout supérieur pour l'implantation jéjuno-jéjunale, et j'en fis l'hémotase.

c) Je fermai ensuite la lumière du bout tenant à l'estomac par un double surjet muqueux, puis séro-musculaire, en invaginant l'intestin en lui-même par ce dernier surjet.

d) Je procédai alors à l'anastomose jéjuno-jéjunale par

implantation du bout supérieur dans l'inférieur par le procédé habituel.

Fermeture de la paroi.

L'opération avait duré 30 minutes.

Dans la journée, pas de vomissements. Dans la soirée, la malade accuse une amélioration considérable. Elle n'a plus vomi une seule fois depuis la transformation de son anastomose. Elle a recommencé à s'alimenter, et déclare qu'elle n'avait pas éprouvé après sa première intervention un soulagement semblable à celui qu'elle ressent à présent.

Elle est retournée chez elle, quinze jours après l'intervention, en parfaite santé.

Me dira-t-on, ajoute l'auteur, que j'ai eu affaire à une nerveuse, qu'une laparotomie exploratrice aurait aussi bien guéri la seconde que la première fois ? Evidemment, je n'ai pas constaté de dilatation du bout supérieur ; mais la malade ne connaît rien de l'opération qu'on lui a faite. Elle vomissait avant, elle rendait de la bile ; elle n'en rend plus maintenant. Et nous, nous savons pourquoi.

Depuis cette première tentative, M. le D^r Montproffit a eu l'occasion de faire deux autres fois une intervention semblable.

OBSERVATION V

Ulère de l'estomac. — Gastro-entérostomie postérieure (Procédé de Von Hacker. — Transformation en gastro-anastomose en Y postérieure

Mlle A... de Saint-Joachim (Loire-Inférieure), 39 ans. Troubles digestifs remontant à quatre ans, se plaignait de douleurs

intenses au creux épigastrique, quelques heures après les repas, calmées par des vomissements très abondants, et fréquemment répétés. Vomissements liquides contenant peu d'aliments. Pas d'hématémèses.

~ *Première opération.* — Au mois d'août 1902, gastro-entérostomie postérieure.

Suites opératoires. — Guérison sans complications. Pendant deux mois, la malade s'alimente facilement et digère bien ce qu'elle prend, puis les vomissements reparaissent, alimentaires, peu abondants, survenant une demi-heure, une heure après les repas. Ils amènent une disparition des malaises qui accompagnent presque toujours la digestion. Les vomissements sont aigres, ne contiennent pas de bile et sont beaucoup moins abondants que ceux qui existaient avant la première intervention.

Depuis trois mois environ la malade maigrit.

Deuxième opération, le 16 mai 1903.

Chloroforme.

Incision médiane au-dessus de l'ombilic et prolongée au-dessous. Recherche de la bouche anastomotique. Elle est en parfait état. On ne trouve pas d'adhérences de voisinage. On sent alors, à la palpation, trois petits noyaux ganglionnaires de la grosseur d'un haricot et qui se trouvent disséminés dans le mésentère auprès de l'anastomose. Ils sont immédiatement réséqués.

Entre deux pinces entérostatiques on sectionne alors l'anse afférente le plus près possible de l'anastomose. Le bout central est soigneusement enveloppé d'une compresse. On s'occupe ensuite de fermer l'autre orifice au moyen de deux plans de sutures : le premier comprenant toute l'épaisseur des tuni-

ques, le second destiné à enfouir le premier et comprenant seulement les séreuses. Il n'existe pas de cul-de-sac intestinal, car la fermeture de l'intestin a eu lieu tout près de l'anastomose.

On procède alors à l'anastomose du bout central à 20 centimètres environ au-dessous de l'anastomose stomacale. On sectionne le mésentère pour libérer l'orifice intestinal à aboucher. Hémostase assez difficile.

On pratique l'entéro-anastomose par le procédé habituellement décrit. Suture séro-séreuse. Ouverture de l'intestin. Suture muco-muqueuse postérieure. Suture antérieure comprenant toutes les tuniques. Suture séro-séreuse antérieure.

Nettoyage du champ opératoire. — Révision des anastomoses et fermeture du ventre à l'aide d'un seul plan de sutures aux crins de Florence.

Pansement.

Suites opératoires. — Absolument normales. Pas de température. Disparition immédiate des vomissements.

Premier jour. — Alimentation liquide. Bouillon, vin blanc, café.

Deuxième jour. — Même régime.

Troisième jour. — Des potages et une cervelle en plus de l'alimentation liquide.

Quatrième jour. — Des soupes au pain, de la viande et des œufs. Tout cela très bien supporté par la malade.

Les selles sont provoquées à l'aide de lavements.

OBSERVATION VI

Gastrite chronique. — Gastro-entérostomie postérieure. — Amélioration. — Transformation de la gastro-entérostomie postérieure en gastro-entérostomie en Y. — Guérison.

P... Constant, 48 ans, domestique à Juigné-Béné, entre dans le service du professeur Monprofit le 26 février 1898.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 76 ans de maladie inconnue. Mère morte à 75 ans de maladie inconnue. Il y a eu huit enfants : 1° une fille morte à 37 ans (tuberculose pulmonaire); 2° un garçon mort à 28 ans de maladie inconnue ; 3° une fille morte à 32 ans de maladie inconnue ; 4° une fille de 50 ans, bien portante ; 5° le malade ; 6° un garçon mort à 8 ans ; 7° une fille de 35 ans, bien portante ; 8° une fille âgée de 60 ans, hémiplegique, née d'une autre union.

Antécédents personnels. — A l'âge de 9 ans, le malade fut atteint d'œdème généralisé sur lequel il ne donne pas d'autres renseignements. A l'âge de 38 ans, il a eu la fièvre typhoïde. Il s'est marié à 29 ans et n'a pas eu d'enfants. La femme du malade est morte à 26 ans, de tuberculose pulmonaire. Le malade a fait son service militaire et nie avoir eu des habitudes alcooliques. Pas de syphilis à noter.

Histoire de la maladie. — Depuis environ trois ans, le malade se plaint de vomissements assez fréquents ; ils se produisent environ une fois par semaine. Ces vomissements étaient alimentaires et survenaient soit immédiatement après les repas, soit longtemps après.

Depuis un an les vomissements deviennent plus fréquents ; ils se produisent tous les jours et à tout instant de la journée.

En février 1897, deux hématémèses à noter ; sang noir, suivi de sang rouge et liquide.

De juin à août 1897, le malade reste dans le service de M. le Dr Legludic où il est soigné pour une gastrite. Les symptômes existant actuellement sont : vomissements muqueux, alimentaires, séreux ; douleur épigastrique, melaena.

Etat actuel. — 15 mars 1898. — Vomissements muqueux alimentaires, séreux. Depuis le 26 février, le malade n'a vomi que deux fois. La première, il vomit quatre heures après son repas, la seconde, six heures après.

Douleur épigastrique sourde, spontanée, intermittente. Elle disparaît après le repas et augmente à la pression, en particulier à la pression sur l'appendice xyphoïde. La douleur n'a pas d'irradiations.

Selles régulières et normales.

Au point de vue de l'état général, le malade a maigri un peu depuis un mois (il aurait, dit-il, maigri de 3 livres en 5 jours).

A l'examen de la région épigastrique, il n'y a rien à noter, si ce n'est que la palpation est douloureuse.

24 mars. — Après un jeûne de 12 heures, on constate qu'il ne reste aucun aliment dans l'estomac.

12 avril. — Le malade qui supportait mieux les aliments, vomit de nouveau.

15 avril. — Vomissements.

Première opération. — L'intervention a eu lieu le 19 avril. — Chloroforme. Lavage à l'alcool et au sublimé. Incision de 15

centimètres sur la ligne blanche. A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate la présence de nombreux ganglions. On ne trouve cependant aucune tumeur de l'estomac, ni du duodénum. La face postéro-inférieure de l'estomac et l'angle duodéno-jéjunal sont attirés en dehors et juxtaposés. Une suture en surjet, à la soie fine, réunit alors les deux surfaces séreuses sur toute la largeur de l'intestin.

Une incision est faite ensuite au-dessus et au-dessous de cette suture, créant deux orifices que l'on va réunir. Un plan de suture, en surjet à la soie fine réunit d'abord, dans toute sa circonférence, la lèvre muqueuse de l'incision jéjunale à la même lèvre de l'incision stomacale. Un deuxième plan réunit les lèvres séreuses. Enfin, un troisième plan intéressant la séreuse seulement renforce cette réunion. Suture de la paroi abdominale sur trois plans, à la soie.

Pansement iodoformé, ouaté.

Suites opératoires. — Le soir même, pas de vomissements.

20 avril. — Vomissements assez abondants de matières sanguinolentes. Toux et crachats muqueux.

22 avril. — Etat général très bon. Le malade commence à prendre des potages. La toux qui était due à de la trachéite provoquée par le chloroforme, a complètement cessé.

Le malade qui a continuellement le hoquet, prend une potion avec 0 gr. 05 de menthol. Cette potion calme le hoquet et la sensation de gêne qu'éprouve le malade.

23 avril. — L'état général est meilleur ; le malade prend des potages et des œufs. La toux est moins fréquente ; le hoquet recommence. Nouvelle potion avec 0 gr. 03 de menthol.

23 avril. — L'état général est bon, mais le hoquet persiste. Il en est de même des jours suivants.

27 avril. — Le malade se trouve bien et n'est gêné que par le hoquet. Il mange avec peu d'appétit.

28 avril. — L'état du malade est le même; il n'a pas encore repris complètement l'appétit.

29 avril. — Depuis la veille au soir à cinq heures, le hoquet a disparu. Le vin blanc que prenait le malade est remplacé par du vin de Bordeaux, qui est moins irritant.

30 avril. — Le malade va très bien; le hoquet n'a pas reparu.

1^{er} mai. — L'état général s'améliore de plus en plus.

3 mai. — Même état.

4 mai. — Le malade, dont l'état général est très bon est présenté à la Société de médecine d'Angers. Sa sortie ne l'a pas trop fatigué.

Les jours suivants, il n'y a rien à signaler. L'état général est excellent. La convalescence s'effectue régulièrement.

8 et 9 mai. — Le malade va très bien; il touche à la guérison. Il reste à l'hôpital encore une dizaine de jours; le bon état général persiste.

22 mai. — Le malade a engraisé de 10 livres et pèse 129 livres.

Enfin le 23 mai 1898, il quitte l'hôpital.

Résultats éloignés. — En août 1898, il eut une hématémèse. Puis jusqu'en 1900, sa santé s'est maintenue bonne; il a repris son travail et les digestions sont faciles.

En novembre 1901. — Il est repris de vomissements et d'éruptions acides. Diarrhée fréquente. Le malade suspend son travail pendant six mois.

En mai 1902. — Amélioration légère.

En janvier 1903. — Nouvelle crise. P. : 120. Le malade

ne peut supporter aucune nourriture ; il éprouve de grandes douleurs au creux épigastrique et est pris de vomissements abondants, qui calment les crises douloureuses.

En février 1903. — Le malade souffre toujours. Diarrhée, vomissements, pas de melaena. Sondage de l'estomac à l'état de vacuité : pas de liquide de stase. L'analyse du suc gastrique révèle de l'hyperchlorhydrie : P. : 119.

1^{er} mars 1903. — Régime léger et repos complet au lit. Les symptômes sont atténués. P. : 125.

Le malade souffre de temps en temps et vomit encore assez souvent le soir vers trois heures.

Deuxième opération. — Son état reste le même jusqu'en juin 1903, où l'on transforme la gastro-entérostomie postérieure en gastro-entérostomie en Y.

Suites opératoires. — Elles sont à peu près les mêmes qu'à la fin de la première intervention. Le malade a éprouvé pendant dix jours des sensations de pesanteur dans le ventre et un hoquet incessant. Il a eu encore quelques malaises et des nausées.

Suites éloignées. — A partir du 5 juillet, il prend une alimentation ordinaire qu'il supporte très bien. Il n'éprouve ni malaise, ni pesanteur ; il ne vomit pas. La pression épigastrique n'est pas douloureuse. Pas de diarrhée.

Dans un quatrième et un cinquième cas, M. le professeur Monprofit, qui avait éprouvé, dans sa seconde intervention, quelques difficultés d'implantation du bout afférent dans le jéjunum, par suite de la brièveté de ce bout afférent, procéda d'une façon différente et mit en pratique sa deuxième méthode personnelle.

OBSERVATION VII

Dilatation stomacale. — Gastrite chronique. — Gastro-entérostomie postérieure de Von Hacker. — Amélioration. — Transformation en Y postérieure (Deuxième procédé Monprofit). — Guérison.

B., Mélanie, 33 ans, cafetière à Corzé, entrée le 1^{er} octobre 1900.

Histoire de la maladie. — La malade fait remonter le début de ses accidents à trois ans. Dès cette époque apparurent des troubles fonctionnels ; sensation d'étouffement, ballonnement du ventre après les repas, vomissements, etc.

Ces troubles n'ont fait qu'augmenter depuis lors, à tel point que la malade se trouve dans l'impossibilité de prendre des aliments solides ; elle ne peut boire que du lait. Pas d'hématémèses ; pas de melaena ; alternance de diarrhée et de constipation.

Elat actuel. — L'estomac est dilaté ; clapotage au niveau de la ligne de Bouchard. Dans la région sus ombilicale gauche, on sent sous le doigt une petite grosseur mobile.

La malade a beaucoup maigri depuis le commencement de sa maladie (15 kgr.).

Première opération. — L'intervention eut lieu le 4 octobre 1900. Asepsie du champ opératoire ; ouverture du péritoine. Comme l'estomac semble dilaté, on pratique une incision plus basse que de coutume, commençant à trois travers au-dessus de l'ombilic et se terminant à égale distance au-dessous.

La grande courbure de l'estomac apparaît.

A l'exploration, on constate une légère induration au niveau du pylore, mais pas de néoplasme ; simple dilatation stomacale.

Recherche de l'anse jéjunale ; celle-ci est accolée à la face postérieure de l'estomac à travers une brèche pratiquée à travers le mésocôlon transverse.

L'intestin et l'estomac sont maintenus en contact à l'aide de petites pinces à griffes.

Des compresses sont disposées tout autour du champ opératoire ; une petite compresse est placée en arrière de l'estomac et de l'intestin.

Ces deux organes sont réunis par un premier surjet séro-séreux postérieur, sur une largeur de cinq à six centimètres. Incision de l'estomac et de l'intestin le long du surjet et très près de lui, mais auparavant, on a eu soin de jeter quelques ligatures sur certains vaisseaux apparents de la tunique stomacale. L'hémostase est ainsi préparée avant l'incision. L'intestin et l'estomac une fois ouverts, on pratique la suture des différentes tuniques ; surjet muco-muqueux antérieur ; surjet séro-séreux antérieur.

Les pinces sont enlevées ainsi que les compresses ; et le champ opératoire est nettoyé.

On referme le ventre à l'aide d'un seul plan de sutures.

Suites opératoires. — Régime pendant les trois premiers jours : eau de Vichy, vin blanc.

4^e jour. — Lait. La malade va bien.

5 octobre. — La malade rend des gaz par l'anus.

8 octobre. — Lavement suivi d'une selle copieuse. La malade va bien.

10 octobre. — La malade a commencé à manger un peu de

viande, ce qu'elle n'avait pas fait depuis deux mois. Elle a mangé avec appétit et la digestion s'est faite normalement.

11 octobre. — La malade a mangé de la soupe au petit déjeuner du matin. On refait le pansement; ceinture abdominale très serrée; puis, par dessus cette première ceinture, en flanelle, on place une autre ceinture en tissu élastique.

On permet à la malade de se lever.

Les jours suivants la malade continue à manger du pain et de la viande.

Elle se plaint de ballonnement après les repas.

18 octobre. — La malade va très bien. Elle boit et mange comme tout le monde.

La digestion est plus rapide. Plus de ballonnement après les repas. Selles régulières.

20 octobre. — La malade quitte l'hôpital, guérie.

Suites éloignées. — Au bout de trois ans, et après une période de quatre mois passés dans de bonnes conditions, la malade, à qui on avait fait une gastro-entérostomie suivant le procédé de Von Hacker, éprouve à nouveau des malaises gastriques: anorexie, digestions lentes et difficiles; régurgitations; constipation ou diarrhée; maux de tête.

Ces phénomènes, légers au début, n'ont fait que s'aggraver par la suite. Actuellement (1^{er} juillet 1903), la malade mange peu et digère très mal; toutefois, elle ne vomit pas. Elle a un peu maigri. L'examen physique ne donne rien.

Deuxième opération. — Transformation d'une ancienne gastro-entérostomie postérieure en gastro-entérostomie en Y (deuxième procédé Monprofit).

La deuxième intervention eut lieu le 4 juillet 1903.

Chloroforme.

Lavage au savon, à l'alcool, au sublimé.

Incision médiane sus et sous-ombilicale ; ouverture de la cavité abdominale. Très légère adhérence épiploïque au niveau de l'ancienne suture. On pose deux ligatures sur les adhérences épiploïques : section entre les deux. Le pylore est un peu induré. L'autre prépylorique est très dilaté. On relève le grand épiploon et le côlon transverse ; et on voit l'ancienne anastomose latérale qui est en bon état.

On place deux pinces transversalement sur le bout efférent, à 20 centimètres au-dessous de la bouche.

Section entre ces deux pinces. Section du mésentère avec ligature de l'arcade. On place une pince sur le bord convexe de la branche afférente, à 7 centimètres au-dessus de la bouche, pour isoler un petit diverticule.

On fait une incision séro-musculaire de 4 centimètres sur ce diverticule.

On approche l'orifice de l'extrémité inférieure du jéjunum pour faire une implantation verticale sur l'anse afférente.

Premier surjet séro-musculaire postérieur. Ouverture de l'intestin (incision muqueuse).

Deuxième surjet muco-muqueux postérieur.

On enlève la pince du bout inférieur. On constate alors que le bout inférieur est rouge, l'hémostase n'étant plus faite, ce qui facilite la suture.

Troisième surjet total antérieur.

Quatrième surjet séro-musculaire antérieur.

Cette partie de l'opération dure vingt-cinq minutes.

Sur le bout jéjunal inférieur qu'on vient d'anastomoser de la sorte en haut, à vingt centimètres au-dessous de cette nouvelle implantation, on place une pince transversalement. On fait, au-

dessous de cette pince une incision de quatre centimètres, séro-musculaire, sur le bord convexe. On approche ensuite l'orifice du bout qui vient de l'estomac.

Premier surjet séro-musculaire postérieur. Ouverture de l'intestin.

Deuxième surjet muco-muqueux postérieur.

Troisième surjet total antérieur.

Quatrième surjet séro-musculaire antérieur.

On rentre la masse intestinale. Suture en masse de la paroi au gros fil. Lavage au sublimé. Pansement.

Durée de l'opération : 42 minutes.

Suites opératoires. — 4 juillet. Un vomissement.

5 juillet. — Pas de vomissements. Nuit assez bonne. Le malade a pris du vin blanc avec un peu de glace. On lui donne du lait coupé d'eau de Vichy.

6 juillet. — La constipation persiste. On donne un lavement qui amène une selle. Régime : lait et eau de Vichy ; un peu de vin blanc citronné.

7 juillet. — Tout va bien. Même régime, auquel on ajoute quelques tasses de bouillon. La digestion se fait bien, sans douleur, et la malade n'est pas constipée.

8 juillet. — Régime : lait, un œuf à midi ; le soir un potage et un peu de crème. La malade éprouve quelques pesanteurs d'estomac durant cette journée.

9 juillet. — Lait ; à midi, un œuf et un peu de pain. Le soir, la malade ne prend que du lait.

10 juillet. — Lait pour toute boisson. A midi, on donne à la malade un œuf, du pain et du vin rouge ; le soir, un œuf et un biscuit. Tout va bien.

11 juillet. — La malade est mise au régime commun. A midi,

on lui donne un peu de poulet, le soir deux œufs et des pruneaux. Peu d'appétit.

12 juillet. — Même état.

13 juillet. — Mieux sensible. L'appétit revient et la digestion se fait mieux.

14 juillet. — Le mieux persiste.

15 juillet. — On enlève les fils. Pendant les trois jours qui suivent, la malade reste encore au lit et suit le régime ordinaire dont elle n'est nullement gênée.

18 juillet. — La malade se lève, et à partir de ce moment elle va tout à fait bien.

23 juillet. — La malade sort, mangeant et digérant bien. De son propre aveu, elle se sent très soulagée.

Suites éloignées. — Revue le 7 septembre 1903 : la malade mange bien ; elle digère bien et n'éprouve plus autant de gonflement ni de gargouillements. Son poids a augmenté de huit livres. Elle travaille une partie de la journée sans trop de fatigue. P. : 105.

OBSERVATION VIII

Recueillie dans le service du D^r Monprofit par mon ami
le D^r Kieffer.

*Transformation en Y d'une gastro entérostomie postérieure de
Von Hacker. — Deuxième procédé Montprofit*

Mlle L..., âgée de 24 ans.

A l'âge de 3 ans elle eut une entérite, et depuis elle s'est

souvent plainte de douleurs abdominales. Elle ne peut jamais aller à la selle qu'avec des lavements.

Réglée à 11 ans et demi.

À l'âge de 12 ans, après le repos de midi, elle eut, pendant qu'elle jouait, une *hématémèse* ; elle vomit une demi-cuvette de liquide contenant des caillots de sang.

À 21 ans, elle eut la variole, dont elle porte d'abondantes cicatrices au visage. Dès les premiers jours de la fièvre, — avril 1901, — elle eut une seconde *hématémèse*, suivie de violentes douleurs au creux épigastrique et qui persistèrent pendant trois mois. Elle souffrait surtout le matin et souvent les douleurs réveillaient la malade pendant la nuit.

En juin 1901, elle entra en convalescence de sa variole : elle se mit à manger toutes sortes d'aliments ; mais, pendant deux mois elle vomit régulièrement tout ce qu'elle prit, rejetant ses aliments mélangés de beaucoup de liquide.

En octobre 1901, elle eut des accidents péritonéaux ; des douleurs intolérables dans l'abdomen, au point de ne pouvoir supporter le poids des couvertures ; ballonnement du ventre ; vomissements ; constipation.

Cet état dure un mois : puis la malade entre dans une bonne période ; pour la première fois depuis sa variole elle ne vomit plus et peut s'alimenter d'une façon normale.

En août 1902, à la suite d'un coup de pied qu'elle reçut, dans la région gastrique, de la part d'un enfant qu'elle tenait, elle eut une nouvelle crise de douleurs ; dans la nuit elle eut une abondante *hématémèse*, et depuis cette époque, elle crache souvent le matin un peu de sang ; plusieurs fois même sous forme de petits vomissements.

On la maintient au régime lacté pendant un an ; malgré

cela elle ne cesse de souffrir tous les jours et de vomir sans cesse : le lait même est rejeté. Les vomissements sont acides, pas, amers, et *ne contiennent pas de bile* ; ils calment les douleurs, et après, la malade éprouve le besoin de manger.

Son poids était alors de 102 livres.

En août 1903, après un repos d'un an, toujours soumise au régime lacté, elle eut une nouvelle *hématémèse* et se décida à se faire opérer par un chirurgien qui lui fit une gastro-entérostomie latérale postérieure selon la méthode de V. Hacker.

Les quatre premiers jours après l'opération la malade se trouve fort bien et mange avec appétit, sans vomir. Le cinquième jour elle fut prise de pleurésie gauche légère qui dura un mois. Pendant ce temps elle ne prit que du lait.

Vers le 15 septembre 1903, elle fut reprise de vomissements qui ne présentent plus, dès lors, les mêmes caractères. Ils se produisent régulièrement après chaque repas, trois fois par jour, aussitôt les aliments pris ; ils sont assez abondants et varient de 1/2 litre à 1 litre 1/2 ; ils sont *très épais, de couleur verdâtre*, composés d'aliments et d'une *assez grande quantité de bile* ; au-dessus du liquide, on trouve une substance semblable à de l'huile non émulsionnée ; le goût des matières vomies est amer et fade.

En janvier 1904, la malade pèse 96 livres.

On pratique depuis cette époque des lavages d'estomac qui rendent les vomissements plus liquides et un peu moins amers ; la malade a beaucoup moins de ballonnement et de lourdeur ; les douleurs sont très atténuées. La malade supporte difficilement les aliments chauds.

En avril 1904, la malade souffre toujours au creux épigas-

trique avec irradiation de la douleur dans le dos, l'épaule gauche, le bas-ventre et la jambe gauche. Le matin à jeun, l'estomac clapote largement au-dessus de l'ombilic et le sondage ramène une cuvette de liquide épais contenant des aliments tels que des peaux de pruneaux pris la veille, et beaucoup de bile.

La malade vomit après chaque repas ; elle est très constipée : elle ne peut aller à la garde-robe qu'à force de lavements ; ses selles renferment assez souvent des glaires. P. : 90 livres.

En résumé, l'état de la malade est de plus en plus mauvais : progressivement ses forces et son poids diminuent ; elle ne peut s'alimenter sans vomir, et ses vomissements, en grande partie, composés de bile, révèlent un fonctionnement anormal du tube digestif.

Le 20 avril, elle entre à la clinique chirurgicale de l'Hôtel Dieu d'Angers pour y être opérée par M. le professeur Monprofit.

Opération. — Le 23 avril 1904. Il existe dans la région sus-ombilicale, une cicatrice partant à deux travers de doigt de l'appendice xiphoïde et allant jusqu'à l'ombilic. Le ventre est plat, et la palpation n'indique pas la présence d'une tumeur.

En suivant une partie de l'ancienne cicatrice, on pratique une incision à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic et descendant 4 centimètres au-dessous, et contournant l'ombilic à sa gauche.

Le ventre étant ouvert on se trouve en présence d'une légère adhérence de l'épiploon à la face profonde de l'ombilic ; on relève l'épiploon et le côlon transverse ; on cherche l'anse jéjunale afférente : quelques adhérences masquent légèrement la place de l'abouchement ; après quelques recherches, on trouve

l'anse jéjunale efférente ; cette anse est très courte ; elle n'est ni distendue, ni dilatée. L'anse efférente n'est pas rétractée et paraît normale. Il n'y a pas de coudure brusque au-dessous de l'abouchement. Extérieurement, il ne semble pas y avoir d'épéron. L'accolement est long, environné de légères néo-membranes.

Comme l'anse afférente est courte et tendue, il ne paraît pas possible de pratiquer :

1° L'entéro anastomose ;

2° Le premier procédé Monprofit de transformation en Y (section de l'anse afférente en amont de la bouche et implantation en aval).

On se décide alors à faire la transformation en Y par le deuxième procédé (section du jéjunum en aval de l'abouchement, implantation du bout inférieur sur l'anse afférente et implantation jéjuno-jéjunale en aval de la bouche).

L'opération est pratiquée de la façon suivante :

1° Section du jéjunum en aval de la bouche ;

2° Hémostase du mésentère ;

3° Implantation du bout inférieur sur l'anse afférente. Cette implantation est rendue très laborieuse par suite de la brièveté de cette anse afférente ;

4° Implantation jéjuno-jéjunale en aval de l'abouchement.

L'intervention est, malgré les difficultés signalées plus haut, menée à bien en 45 minutes.

Suites opératoires. — 23 avril. — La malade, très sensible au chloroforme, vomit plusieurs fois. Elle ne prend qu'un peu de glace.

24 avril. — Dans la matinée, la malade a encore vomi deux fois, mais ces vomissements ne présentent plus les mêmes

caractères que ceux qu'elle avait avant l'opération. Ils contiennent très peu de bile. La malade prend du lait, du bouillon, un potage. On lui donne un lavement purgatif.

25 avril. — La malade ne vomit plus du tout, malgré qu'elle prenne une alimentation un peu plus abondante et un peu plus substantielle : lait, bouillon, potage, œufs. On administre une médecine à la malade qui fait une bonne selle. L'état général est bon.

26 avril. — L'appétit est meilleur. La malade peut manger un peu de poulet qu'elle digère lentement, mais sans souffrances. Toujours pas de vomissements.

Les jours suivants, la malade, sans avoir grand appétit, mange à peu près de tout ce qui compose le régime ordinaire : elle digère bien tout ce qu'elle prend et n'accuse aucune douleur. Plus un seul vomissement. L'état général est satisfaisant.

Ainsi qu'on peut le voir par ces cinq observations, les deux méthodes proposées et appliquées par le Dr Monprofit pour améliorer les résultats imparfaits de certaines gastro-entérostomies, ne peuvent être mises en pratique que dans les cas où l'on a eu recours, en intervenant la première fois, à une anastomose par abouchement latéral.

Cette première intervention a pu être faite par le procédé rétro-colique (méthode de Von Hacker ou autre) ; rien n'est plus facile que de la transformer en une gastro-entérostomie du type nouveau, pour lequel Roux (de Lausanne) a lutté et triomphé, c'est-à-dire en une gastro-entérostomie par implantation, en Y postérieure.

S'il s'agissait d'une gastro-entérostomie ante-colique (méthode de Wœlflier ou autre), on pourrait tout aussi bien la modifier et la changer en gastro-entérostomie en Y du type Wœlflier-Rotgans.

Les différentes techniques opératoires qu'on est susceptible d'utiliser dans les cas de ce genre sont résumées, par M. le professeur Monprofit, de la façon suivante :

I. — *Première méthode.* — *Section en amont de la néostomose.*

a). — *Transformation d'une gastro-entérostomie rétro-colique de Von Hacker en ypsiliforme.*

Manuel opératoire :

1^{er} Temps. — D'abord, on sectionne l'intestin, en amont, de la bouche gastro-jéjunale, à deux centimètres environ du côté du duodénum, entre deux pinces à mors flexibles.

Il ne faut pas couper plus haut, pour ne pas conserver de cul-de-sac intestinal.

2^e Temps. — On sectionne le mésentère, en même temps, comme dans la gastro-entérostomie ypsiliforme, de façon à libérer complètement le bout libre de l'intestin ; puis on pratique l'hémostase de la plaie mésentérique comme d'habitude.

3^e Temps. — Sur la section du bout stomacal, on pratique une première suture en surjet, muco-séreuse ; puis une seconde par-dessus celle-ci, et on la pratique, comme la première, en surjet. La double suture terminée, l'invagination étant environ d'un centimètre, le cul-de-sac intestinal est à peine appréciable.

4^e temps. — On s'occupe alors du bout intestinal libre et on l'*implante directement* dans le bout du jéjunum déjà anastomosé à l'estomac, à 15 centimètres environ au-dessous de la bouche gastro-jéjunale.

b). — *Transformation d'une gastro-entérostomie ante-colique de Wælfler en ypsiliforme.* — M. le docteur Monprofit n'a pas eu l'occasion de faire cette transformation. Inutile de dire, du reste, que le manuel opératoire serait le même que celui décrit précédemment et que, dans un cas de ce genre, il n'y aurait pas à hésiter pour pratiquer l'Y antérieur.

II. — *Deuxième méthode.* — *Section en aval de la néostomose.*

Manuel opératoire :

Premier temps. — Section du bout efférent à 15 centimètres environ au-dessous de la bouche gastro-jéjunale.

Deuxième temps. — Implantation du bout inférieur de cette section à quelques centimètres en amont de la bouche primitive.

Troisième temps. — Implantation de la partie supérieure de la section de la branche efférente sur le bout inférieur qu'on vient d'anastomoser.

Cette seconde méthode est un peu plus complexe que la précédente, puisqu'elle nécessite deux implantations au lieu d'une seule. Mais elle a deux avantages : en premier lieu, elle donne plus de sûreté au point de vue de la circulation du contenu duodénal ; en second lieu, la brièveté possible du bout afférent

gènerait moins le chirurgien que dans la première méthode.

Il peut arriver cependant que le bout afférent ait été, lors de la première intervention, si brièvement ménagé que le chirurgien éprouve de grandes difficultés à pratiquer le second temps de la deuxième méthode Monprofit, c'est-à-dire l'implantation du bout inférieur de la branche efférente à quelques centimètres en amont de la bouche primitive. C'est ce qui s'est produit dans le cas qui fait l'objet de notre dernière observation (obs. VIII). Aussi, M. le professeur Monprofit a-t-il pensé qu'une méthode, donnant plus de mobilité au bout afférent serait préférable dans des cas de ce genre. Et voici le procédé qu'il proposerait d'employer :

1° Sectionner l'anastomose gastro-intestinale primitivement établie ;

2° A l'endroit où avait été pratiquée cette anastomose, sectionner complètement l'intestin.

Voilà donc trois orifices créés : deux sur l'intestin, un sur l'estomac.

3° Implanter l'orifice supérieur du bout efférent dans l'ancienne bouche stomacale ;

4° Implanter l'orifice inférieur du bout afférent sur le jéjunum, à 20 centimètres environ de l'anastomose gastro-intestinale.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de cette étude, nous pouvons dégager les conclusions suivantes :

1° Quand un malade opéré de gastro-entérostomie n'a pas retiré de l'opération tout le bénéfice qu'on en pouvait attendre, on ne doit ni se désespérer, ni le désespérer : il faut, avec persévérance, tâcher de déterminer, d'une façon aussi précise que possible, la cause des troubles gastro-intestinaux dont il vient se plaindre.

Une fois ce diagnostic fait, il s'agit de choisir, parmi les moyens que nous avons étudiés, celui qui combattrait, le mieux, les accidents survenus.

2° Si l'on a affaire à un malade souffrant de troubles gastriques d'origine purement névropathique, il est préférable de s'abstenir d'une nouvelle intervention : elle ne le guérirait pas mieux que la première.

3° Aux accidents peu graves, appliquer les traitements médicaux qui réussissent le plus souvent : régime alimentaire, médicaments, lavage de l'estomac.

4° Parmi les moyens chirurgicaux, donner la préférence, s'il s'agit d'une gastro-entérostomie par

abouchement latéral, à l'une des méthodes qui consistent à transformer cette opération en une gastro-entérostomie par implantation.

5° Pour éviter cette seconde intervention, pratiquer, en principe, la gastro-entérostomie en Y de Roux, soit antérieure, soit postérieure, qui réalise, au point de vue de l'écoulement des aliments, le procédé le plus rationnel et qui n'expose ni au cercle vicieux, ni à la régurgitation de bile, ni à aucun des inconvénients de la gastro-entérostomie simple.

Vu le Président de thèse

TILLAUX

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BOURGET. — La gastro-entérostomie. Monographie clinique. Paris, 1902.
- BUNGNER. — Zur combination der gastro-enterostomie und entero-anastomose. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für chirurgie. Berlin, 1896, p. 464.
- CHAPUT. — Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires. Paris. 1892. Bull. et mémoire de Soc. de chirurgie, 1895, p. 556.
- CHLUMSKIJ. — Beitrage Klinisch chirurg. Bd. XX, 231-486.
- CZERNY et RINDFLZEISCH. — Sur les opérations faites sur l'estomac et l'intestin à la Clinique chirurgicale de Heidelberg (1892).
- DAUGER. — De la gastro-entérostomie et des opérations complémentaires destinées à empêcher le reflux de la bile dans l'estomac et l'accumulation des matières dans le cul-de-sac duodéal. Thèse de Paris, 1894.
- FOWLER (G.-R.). — Le circulus viciosus consécutif à la gastro-entérostomie avec la description d'une nouvelle opération destinée à en empêcher la formation (Annals of Surgery, novembre 1902).
- FRANCKE. — Centralblatt f. chirurg. Leipzig, 1901, XXVIII, 357-359.
- HACKER (VON). — Ueber magenoperationen bei carcinon und bei narbigen stenosen. Opérations et suites opératoires des résections de l'estomac et des gastro-entérostomies pratiquées dans la clinique de Billroth, de 1880 à 1894.
- HAHN. — Ueber einige Erfahrungen auf dem Gebiete der Magendarm chirurgie. Deutsch med. Woch., Leipzig, 1897, p. 650, 672 et 691.

- HARTMANN. — La gastro-entérostomie.
- HAYEM. — Archives générales de médecine, 1902.
- JABOULAY. — Inconvénients de la gastro-entérostomie simple.
Moyens d'y remédier. Prov. méd. Lyon, 1894.
- KIEFFER. — Des complications de la gastro-entérostomie et des
moyens de les éviter. Thèse de Paris, 1903.
- KORTE. — Verkanđl. d. deutsch gesellsch. f. chirurgie. Berlin,
1900, XXIX. Th. I, 137, 139.
- LÉPINE. — Lyon médical, 1902, 106-110.
- MAHAUT. — De l'état des fonctions gastriques après la gastro-
entérostomie. Thèse de Lyon, 1895.
- MAYO (W. J.). — Complication following gastro-enteros-
tomy. Ann. surg. Phil., 1902.
- MICKULICZ. — Archiv. für klinische chir., 1888.
- MINTZ. — Résultats fonctionnels des opérations pratiquées sur
l'estomac. Wiener Klinische Wochenschrift, 1895.
- MONPROFIT. — XIV^e Congrès français de chirurgie. Proc.-verb.
Paris, 1901, 496-498.
— La gastro-entérostomie. Histoire générale, méthodes
opératoires. Paris, 1903.
- NOVÉ-JOSSERAND. — Lyon médical, 1896, LXXXV, 35-44.
- ODDI-RUGGERO. — Axiome de la bile sulla digestione gastrico,
Turin, 1897.
- PANTALONI (J.). — Les avantages de la gastro-entérostomie
en Y (XIII^e Congrès de chirurgie. Paris, 1899. Proc.
verb. etc.).
— Vingt-cinq cas de gastro-entérostomie en Y pour
affections non cancéreuses de l'estomac, susceptibles
de guérir par l'opération. Paris, J. B. S. 1901, XIV^e
Congrès Français de chirurgie, Proc.-verb. etc...
Paris, 1901.
- PINATELLE. — Thèse de Lyon, 1902.

- PLATTNER (P.). — Contribution à l'étude de la sensibilité du suc gastrique et résultats immédiats de la gastro-entérostomie. Thèse de Doct. Lausanne, 1898-1899.
- POUSSIN (O.). — De la gastro-entérostomie en Y, thèse de Paris, 1903.
- QUÉNU. — Bull. et mém. de la Société de chirurgie de Paris 1902.
- ROTGANS (J.). — Gastro-entérostomie. Ypsiliformis ansecolica anterior. *Vederl Tijdschr. V. geneesch. Amst.*, 1902.
- ROUX. — Les avantages de la gastro-entérostomie en Y (Discussion), 4^e congrès de chirurgie, Paris, 1899. Proc.-verb. etc...
- De la gastro-entérostomie. Monographie clinique. Paris 1902.
- RYDYGIER. — *Wien. klin. Wehnseljs.*, 1894, VII, 218.
- SMIDT. — *Centralblatt. f. chirurg.*, Leipzig, 1891, n. 34.655.
- SOULIGOUX et MÉLIAN. — Bull. et Mémoire, Société anatomique de Paris, 1899, I, 6, 3, 1045.
- SOUPAULT et DEBOVE. — Bull. de l'Académie de médecine. Paris, 1895, XXXIV. 199.
- TAVEL. — *Revue de chirurgie*. 1902.
- TERRIER ET HARTMANN. — Entéro-anastomose avec double implantation de l'intestin dans l'estomac. Paris. Steinheil, 1899.
- La chirurgie de l'estomac, Paris, Steinheil, 1899, 153, 163, 164, 164, 200, 201.
- TURLAIS. — Sur le traitement chirurgical de l'ulcère simple d'estomac. Paris, 1900.
- WEILL (F.). — Du reflux permanent de la bile dans l'estomac (Société des sciences médicales de Lyon, 1890, Lyon médical, 1890).